

LA SUTURE IMMÉDIATE DES PLAIES VÉSICO-VAGINALES D'ORIGINE OBSTÉTRICALE

D'après 17 observations
recueillies à la Maternité Maréchale-Lyautey
de Rabat de 1940 à 1962

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 17 Décembre 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gilles MARMEY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 26 Juin 1935, à RABAT (Maroc)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gaillon, 42

—
1963

LA SUTURE IMMÉDIATE DES PLAIES VÉSICO-VAGINALES D'ORIGINE OBSTÉTRICALE

D'après 17 observations
recueillies à la Maternité Maréchale-Lyautey
de Rabat de 1940 à 1962

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 17 Décembre 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gilles MARMEY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 26 Juin 1935, à RABAT (Maroc)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gallie-ton, 42

1963



FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens honoraires	M. J. LEPINE, Membre de l'Institut. M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Doyen	M. J.-F. CIER.
Assesseurs	MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

PROFESSEURS

Clinique urologique	MM. CIBERT.	Clinique traumatologique des membres	MM. CREYSEL.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Beyrouth).	Clinique carcinologique ..	DARGENT.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON.	Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul.
Clinique chirurgicale B ..	WERTHEIMER.	Anatomie	LATARJET.
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT.	Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT.	Thérapeutique	GIRARD Marcel.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Chimie biologique et médicale	ENSELME.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY.	Radiologie	PAPILLON.
Pharmacie galénique	REVOL.	Clinique des maladies infectieuses	JEUNE.
Clinique gynécologique ..	POLLOSSON.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Bactériologie	MONNET.
Médecine du travail	BOURRET.	Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Physiologie B	CHATONNET.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Clinique endocrinologique.	GUINET.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.	Clinique de chirurgie orthopédique	TRILLAT.
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.	Clinique stomatologique ..	FREIDEL.
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .	MARION Joseph.
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Matière médicale et législation pharmaceutique .	DORCHE.
Médecine légale et déontologie	ROCHE.	Histologie et embryologie.	DUMONT Louis.
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.	Chimie	PERROT.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie	MOUNIER-KUHN.	Physiologie A	CIER J.-F.
Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	PERRIN J.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS.	Clinique de chirurgie cardiaque	MICHAUD Pierre.
Clinique de pneumo-phthisiologie	BRUN.	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge	X...
		Biologie médicale et pharmacodynamie	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Bactériologie	BERTOYE.
Neuro-chirurgie	MANSUY.
Chimie pharmaceutique	COLLET.
Clinique de pédiatrie	SARROUY.
Climatologie	LACROIX.
Clinique chirurgicale propédeutique	LIARAS.
Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Médecine générale	REVOL.
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER André.
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSSEL Roger	Pathologie expérimentale	MM. JOUVET.
Hygiène	THIVOLET.	Médecine générale et thé-	
Parasitologie	GARIN.	rapeutique	LEJEUNE.
Electro-radiologie	PINET.	Stomatologie	de MOURGUES
Botanique et cryptogamie	ODDOUX.		F
Chimie analytique	de SOLLIERS.	Maladies infectieuses	NAUSSAC.
Médecine du travail	TOLOT.	Chirurgie générale	REBOUILLAT.
Médecine générale	DESPIERRES.	Pédiatrie	ROMAGNY.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Médecine générale	DELAHAYE J.P.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Anesthésiologie	DELEUZE R.
Physique biologique	PEYRIN.	Electroradiologie diagnostic	
Anatomie pathologique	TOMMASI.	et thérapeutique	GIRAUD M.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Anesthésiologie	MICHEL.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Anatomie	MM. DUROUX.	Chimie analytique	MM. MALLEIN.
Thérapeutique	BRETTE.	Hygiène	RIFFAT.
Anatomie	BOUCHET.	Biologie médicale et phar-	
Hématologie	FAVRE-GILLY.	macodynamie	FAUCON.
Histologie et embryologie	GIROD.	Physiologie	FLANDROIS.
Chimie biologique	GRAS.	Bactériologie	VIALIER-
			RAYNARD.

AGREGES EN EXERCICE

Obstétrique	MM. BURTHIAULT.	Chirurgie générale	MM. SAUBIER.
Pédiatrie et puériculture	FRANÇOIS.	Neuro-psychiatrie	SCHOTT.
Oto-rhino-laryngologie	GIGNOUX.	Neuro-chirurgie	ALLEGRE.
Chirurgie générale	GUILLEMIN.	Electro-radiologie	CHASSARD.
Chirurgie générale	JAUBERT-	Orthopédie	FAYSSÉ.
	DE-BEAUJEU.	Oto-rhino-laryngologie	GAILLARD.
Chirurgie générale	MARION Pierre.	Médecine générale	GARDE.
Médecine générale	PLAUCHU.	Ophtalmologie	HUGONNIER.
Médecine générale	PONT.	Pneumo-ptisiologie	KALB.
Chirurgie générale	SAUTOT.	Médecine générale	LARBRE.
Médecine générale	TRAEGER.	Chirurgie générale	MARET.
Médecine générale	VIGNON.	Médecine générale	MORNEX.
Ophtalmologie	BONAMOUR.	Médecine générale	NORMAND.
Médecine légale	COLIN.	Médecine générale	PERRIN André.
Dermatologie	COLOMB.	Pédiatrie et puériculture	BETHENOD.
Chirurgie générale	de MOURGUES	Stomatologie	DUMAS.
	Georges.	Médecine générale	FRIES.
Médecine générale	DEVIC.	Obstétrique	GARMIER.
Obstétrique	DUMONT	Médecine générale	LAMBERT.
	Martial.	Chirurgie générale	MICHOULIER.
Urologie	DURAND.	Médecine générale	NOEL.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Médecine générale	ROBERT.
		Orthopédie	SCHNEPP.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. H. PIGEAUD ; *Assesseurs* : MM. J. CIBERT,
J. MATHIEU et L. DURAND.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

LE DOCTEUR JEAN MARMEY

Ancien Interne Pr. des Hôpitaux de Lyon

Ancien Médecin-Chef

de la Maternité Maréchale-Lyautey de Rabat

Sa grande expérience de l'Obstétrique marocaine m'a permis de faire ce travail qu'il a patiemment dirigé.

Je ne lui dirai jamais assez toute mon admiration.

A MA MERE

En témoignage de mon affection.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRERE ET SŒURS

A MES PARENTS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale

Un stage dans son service nous a permis d'apprécier l'étendue de ses connaissances et son art de nous les faire partager.

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence du Jury de notre thèse.

Qu'il soit assuré de notre gratitude et de notre respectueuse admiration.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CIBERT

Professeur de Clinique Urologique

Il nous a été donné d'apprécier,
au cours de nos études, la valeur
de son enseignement.

Nous le remercions de l'honneur
qu'il nous fait de juger notre thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. MATHIEU

Chirurgien des Hôpitaux

Nous lui devons une double re-
connaissance : celle d'avoir accepté
de juger cette thèse, mais surtout
celle de nous avoir accueilli comme
un fils tout au long de nos études.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. DURAND

Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a prodigué ses conseils
au cours de l'élaboration de cette
thèse et a bien voulu reprendre ses
imperfections.

Nous le prions de croire à nos
plus vifs remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR OSTOVAR
Médecin-Chef
de la Maternité Maréchale-Lyautey de Rabat

Grâce à l'amabilité duquel nous
avons pu travailler à la Maternité.
Nous le remercions bien vivement.

A MADAME PRESSON-DECHANET

Elle nous a communiqué sponta-
nément les statistiques de la Mater-
nité, où nous avons pu réunir nos
observations.

Qu'elle veuille bien trouver ici
l'expression de notre sincère recon-
naissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BORON

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A NOS MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LYON
DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A NOS MAITRES

DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION
MOHAMED V DE RABAT

MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL BLOCH

Spécialiste des Hôpitaux Militaires

MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT HUGONOT

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Médecin des Hôpitaux Militaires*

MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT BARTHES

Chirurgien des Hôpitaux Militaires

MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT FARGES

Médecin des Hôpitaux Militaires

MONSIEUR LE COMMANDANT BARRES

Spécialiste des Hôpitaux Militaires

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ
MILITAIRE

INTRODUCTION

Les traumatismes vésicaux sont des complications rares mais classiques des interventions obstétricales difficiles par voie basse. Nous avons observé 17 cas à la maternité « Maréchale Lyautey » de Rabat, de 1940 à 1962, sur un total de 78.367 accouchements. La seule statistique à laquelle nous ayons pu comparer la nôtre, est celle de Cohn et Weinberg, de New-York, qui, les premiers, ont préconisé en 1950 la suture immédiate de ces plaies vésicales. Malheureusement, elle ne porte que sur 5.000 accouchements et ne fait mention que de 4 cas.

Il pourrait paraître inutile de vouloir apporter une contribution à l'étude de ces traumatismes vésicaux qui ont déjà fait l'objet de nombreux travaux, observations et thèses, tant en France qu'à l'étranger. La bibliographie qui les concerne est d'ailleurs significative. Ce problème a surtout intéressé les urologues qui n'en voient les séquelles que tardivement. Il s'agit alors pour eux d'une question de technique chirurgicale, mais l'optique des accoucheurs doit être tout à fait différente.

Devant cette redoutable complication, il existe, en effet, une attitude strictement obstétricale qui doit se manifester d'abord sur le plan prophylactique, ensuite et surtout sur le plan thérapeutique. En présence de ces femmes, qui sont gravement traumatisées aussi bien moralement que physiquement, l'accoucheur ne doit pas se confiner dans une résignation passive avec la seule préoccupation de les diriger plus tard dans un service d'urologie, mais doit au contraire réparer lui-même les conséquences d'un acte dont il a pris la responsabilité, sans tenir compte

des délais préconisés jusqu'à maintenant par la plupart des accoucheurs et des urologues. C'est le point de vue que nous allons essayer de défendre dans ce travail. Toutes les lésions que nous rapportons ont été immédiatement réparées dans le service, dans les heures qui ont suivi l'intervention obstétricale pour la plus grande majorité d'entre elles. Toutes, sauf une, ont guéri. Nous nous attacherons à préciser et à justifier cette thérapeutique.

Il est commun de dire que cette complication est plus fréquente en Afrique et aux Indes, c'est-à-dire dans les pays où l'assistance obstétricale n'a pas atteint la perfection de celle de l'Europe et des pays à niveau socio-économique élevé. Nos chiffres sembleraient démontrer qu'au Maroc, malgré l'organisation encore imparfaite de cette assistance obstétricale, le nombre de tels accidents n'est pas excessif. Notre étude, cependant, ne concerne pas les très nombreux cas de fistule vésico-vaginale qu'on observe à la suite de chutes d'escarre et qui sont la conséquence d'accouchements longs et laborieux. Ces accouchements se terminent en général favorablement par une simple injection d'ocytocique, car la dystocie n'est très souvent qu'une banale inertie terminale, mais une grave lésion existe déjà en puissance : c'est l'ischémie d'une portion de la paroi vésico-vaginale qui aboutit au bout de quelques jours à la chute d'une escarre. Ces pertes de substance échappent évidemment à tout traitement immédiat et ces femmes sont dirigées sur une autre formation hospitalière dès leur sortie de la Maternité. Nous ne ferons pas état, non plus, de ces énormes délabrements vaginaux qu'on observe également à la suite de chutes d'escarre, mais tellement étendues qu'elles transforment vessie, vagin et rectum en un énorme cloaque. Nous en avons rencontré quelques cas, mais comme ils concernaient des malheureuses femmes qui n'arrivaient à la Maternité que pour rejeter un fœtus putride et liquéfié, la constatation de ces effroyables dégâts les faisait immédiatement évacuer sur les centres chirurgicaux. Ils n'entrent donc pas dans notre statistique.

Nous éliminons également les contusions de la muqueuse vésicale qu'on observe au cours des manœuvres obstétricales et qui se traduisent soit par de légères hématuries, soit par une incontinence d'urine passagère, ainsi que les plaies de la vessie survenues soit accidentellement, au cours d'une césarienne, soit par extension d'une rupture utérine. Ces dernières ont été traitées par voie haute et n'entrent pas dans le cadre de notre travail.

Bref, nous n'étudierons que les brèches franches de la paroi vésicale et nous nous attacherons à montrer quels sont, au Maroc, les facteurs qui favorisent la production de ces plaies de la vessie. Parmi ces facteurs, les uns sont d'ordre sociologique et dépendent du mode particulier de vie et de certaines habitudes de ces Marocaines, les autres sont d'ordre matériel et quelques-uns sont des erreurs d'indication opératoire ou des fautes de technique.

ROLE DU FACTEUR « MAROC »

DANS L'ETIOLOGIE DES TRAUMATISMES VESICAUX

Bien que nous ne puissions pas préciser, pour les raisons exposées plus haut, le nombre de toutes les fistules vésico-vaginales qui ont été diagnostiquées à la Maternité et qui étaient consécutives, soit à des chutes d'escarre, soit à des traumatismes instrumentaux, il est incontestable que ce nombre est très supérieur à celui qu'on relève dans les services d'obstétrique européens, et que les Marocaines musulmanes en fournissent la plus grande proportion. Nous nous proposons de mettre en valeur d'une part, les causes qui, au Maroc, favorisent les accidents et, d'autre part, les circonstances atténuantes à porter au bénéfice des accoucheurs.

Il existe, en premier lieu, un facteur racial qui laisserait supposer que les tissus d'un grand nombre de femmes marocaines ont une résistance inférieure à la normale. Il s'agit de femmes qui habitent dans les campagnes environnant Rabat, c'est-à-dire dans une région de plateaux et de montagnes dénudés et pauvres. Elles ont une alimentation réduite à l'orge, au maïs et à la traditionnelle semoule de blé dur « antivitaminique, rachitigène et déminéralisante par excellence » (Laffont). Le poisson et la viande, trop chers pour de maigres budgets, ne figurent au menu que dans les grandes circonstances. Au total, une ration alimentaire riche en glucides mais pauvre en graisses animales et en protides, protides animaux surtout qui apportent des acides aminés indispensables (tryptophane et cystine). Dans leur rapport au XIV^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue

Française (Paris 1950), MM. H. Pigeaud et M. Dumont montrent que le déficit en protéines animales, en calcium et en phosphore, favorise l'inertie utérine, entraîne l'apparition d'œdèmes permanents et provoque par conséquent un nombre plus élevé d'interventions. Tous ces facteurs réunis sont également à l'origine de l'ostéomalacie dont de très nombreux foyers ont été relevés au Maroc (Marmey, Chaperon) comme en Algérie (Laffont, Biancardini), soit sous forme « majeure », soit sous forme « fruste ». Dans ce dernier cas, il s'agit de Musulmanes, qui, après avoir eu un premier ou un deuxième accouchement normal, subissent un forceps ou une césarienne pour un enfant de volume égal, du fait d'un rétrécissement « secondaire » du bassin, prouvé par la radiographie pelvimétrique. Cette étiologie semble trouver sa confirmation dans le fait que les Israélites des Mellahs, bien que vivant dans des conditions d'hygiène inférieures à celles des Musulmanes de la campagne, n'ont jamais d'ostéomalacie, probablement parce qu'elles consomment trois fois plus de protéines animales et de graisses que les Musulmanes (Marmey, Mathieu). On constate d'ailleurs que, chez les Israélites, la proportion d'accouchements dystociques par rapport au chiffre total d'accouchements est très inférieure à celle qu'on trouve chez les Musulmanes et même chez les Européennes. Nous n'avons relevé chez elles qu'un seul cas de déchirure de la vessie.

En second lieu, le champ d'action de la Maternité de Rabat s'étend sur plus de 100 km². Une grande partie de la population rurale vit dans des centres isolés, d'accès très malaisé par des pistes rudimentaires, impraticables à la saison des pluies, loin de toute assistance obstétricale rapide. Malgré tout le dévouement du personnel médical, le dépistage et le traitement des dystocies est extrêmement difficile. Dans une étude sur la dystocie marocaine, J. Marmey a souligné la complexité du problème : « Le médecin, lorsqu'il est appelé, le plus souvent très tard, se trouve devant des difficultés considérables, n'ayant aucun

renseignement obstétrical sur le cas qui motive sa présence. En général, si la famille y consent, il fait évacuer la malade sur son infirmerie. C'est quelquefois impossible, toujours difficile, et ce transport pénible est fait au prix d'accidents maternels graves. Quand la malade, épuisée, parvient à l'infirmerie, le médecin s'aperçoit que c'est un cas facile, qu'une sage-femme aurait pu traiter sur place. Ou bien la situation est plus complexe, nécessite une intervention, mais alors le médecin n'a pas l'installation, l'instrumentation, les aides ou même la compétence nécessaires. C'est alors une deuxième évacuation vers la Maternité ou l'hôpital de la ville la plus proche. Il est inutile de dire que le pronostic fœtal et maternel n'est pas amélioré par ces hésitations et ces déplacements successifs. » C'est encore une chance pour ces femmes quand elles sont vues d'abord par un médecin. Il n'en est pas toujours ainsi et nombre d'entre elles confient la surveillance de l'accouchement à une voisine expérimentée ou à une « qabla » dont le rôle consiste à appeler sur la parturiente les bénédictions divines, et malheureusement à « l'aider » à accoucher.

« Elles introduisent dans les voies génitales de la parturiente certaines herbes ou produits réputés eutociques et qui ne manquent pas, à défaut de vertu obstétricale, de provoquer dans les deux jours consécutifs à l'accouchement, une infection puerpérale souvent mortelle. Les médecins du bled et les maternités reçoivent périodiquement cette catégorie de femmes qui, après avoir épuisé tout l'arsenal obstétrical de leur folklore, viennent en dernier recours consulter le médecin ou la maternité. » (Albinet).

Beaucoup de ces femmes, habitant dans les douars éloignés de tout centre médical, ne viennent donc à la maternité qu'après plusieurs heures de travail et souvent après plusieurs heures d'efforts d'expulsion, la tête de l'enfant étant retenue dans la partie moyenne de l'excavation. Les parois vaginales soumises à une longue pression

sont plus ou moins ischémiques, perdent leur résistance, et la tentative de forceps se soldera fatalement par une déchirure grave. Sans parler des larges pertes de substances par chute d'escarre que nous avons éliminées de notre étude, la simple rotation et descente d'un sommet un peu volumineux pourra, par distorsion de la paroi vaginale supérieure, provoquer une déchirure étendue.

Avant 1956, date de l'indépendance du Maroc, cette difficulté d'assistance obstétricale s'appliquait également aux Françaises, femmes d'officiers, de forestiers, de colons, etc., qui résidaient dans des postes du « bled » très éloignés de tout centre médical. Le travail de l'accouchement débutait quelquefois prématurément et le transport vers la Maternité se heurtait souvent aux mêmes difficultés matérielles imprévisibles. Il n'est donc pas étonnant de relever quatre Françaises dans la liste de nos observations.

Un grand nombre de Marocaines, d'autre part, a déjà eu des accouchements dystociques. Si elles ont accouché à la Maternité, elles sont en général porteuses d'une fiche de sortie qu'elles gardent soigneusement et sur laquelle sont inscrites les constatations d'accouchements précédents. Sinon, elles sont incapables d'indiquer leurs antécédents obstétricaux. Une d'entre elles, nous le verrons, avait eu quelques années auparavant, une fistule vésico-vaginale opérée avec succès. Elle est admise à la Maternité en cours de travail avec une présentation du siège. Le simple toucher n'ayant pas permis de déceler sur la paroi vaginale la cicatrice opératoire révélatrice, ce n'est que quelques heures après l'accouchement qu'une incontinence totale des urines attira l'attention sur une large brèche vésicale... et sur les antécédents. Beaucoup d'autres avaient eu certainement des lésions cicatrisées et ignorées dont la connaissance eût évité des applications de forceps inopportunes.

L'impossibilité d'assurer la surveillance du travail chez de nombreuses Marocaines entraîne aussi de regrettables situations obstétricales par méconnaissance de la

marche normale de l'accouchement. Beaucoup de matrones font pousser les femmes alors que la dilatation est à peine de 4 ou 5 centimètres. Il s'ensuit souvent de volumineux œdèmes du col qui s'étendent au vagin et probablement au segment inférieur, imbibant les tissus et diminuant leur résistance. On conçoit le danger d'une embryotomie ou d'une craniotomie dans ces conditions et encore plus celui d'une application de forceps ou d'une version si le col n'est pas absolument à dilatation complète.

L'afflux extraordinaire et subit des femmes marocaines dans les maternités des villes, afflux dont nous n'avons pas ici à analyser les causes (sécurité médicale, avantages matériels, prise en charge par les organismes de la protection maternelle et infantile, etc...) et qui a fait passer le chiffre annuel des accouchements de 885 en 1940 à 2.500 en 1950 et à plus de 7.000 en 1962, n'a pu être suivi par une augmentation parallèle et proportionnelle du nombre des médecins et des sages-femmes, pas plus que du développement des moyens techniques mis à leur disposition. Il en est résulté une surcharge considérable des services, un recrutement hâtif d'un personnel mal préparé, le passage météorique d'internes souvent peu intéressés par cette spécialité. Bref, malgré la meilleure volonté et le travail incessant du personnel hospitalier, il est impossible de prendre dans le calme les décisions opératoires nécessaires et de les exécuter convenablement. Il y a en moyenne dans une journée 25 accouchements dont plusieurs interventions, pour un médecin, un interne et deux sages-femmes.

De là, certaines erreurs qui, à la lecture de nos observations, n'échapperont pas à un accoucheur averti : par exemple, mauvaise indication de forceps ou de version, mais seule solution possible en présence d'une souffrance fœtale alors que la salle d'opération n'est pas libre ou que plusieurs interventions se trouvent indiquées en même temps. Ajoutons un argument d'ordre psychologique pour

expliquer certaines décisions thérapeutiques incorrectes : l'obligation d'éviter la mutilation du fœtus mort, d'où la nécessité de l'extraire par forceps et non après une craniotomie ou embryotomie.

OBSERVATIONS ⁽¹⁾

Nous poursuivons cette étude en présentant la série de nos observations. Nous pourrions ainsi nous y référer en faisant la revue générale du mécanisme des lésions, de leur aspect, de leur diagnostic et des traitements préconisés. Nous espérons donner ainsi à notre travail une note plus personnelle puisque nous désirons faire ressortir l'allure particulière qu'imprime le Maroc à ce chapitre de la pathologie obstétricale.

La lecture de ces observations ne manquera pas de provoquer des critiques. En effet, beaucoup d'entre elles sont incomplètes. Avant 1959, les observations sont très précises et la marche du travail est minutieusement contrôlée. Mais, par la suite, nous utilisons des observations telles qu'elles sont relevées dans les registres et il existe de nombreuses omissions dans les comptes rendus du travail, si bien que les indications des interventions peuvent paraître mal posées, leur exécution maladroite et les lésions peu vraisemblables. Nous en avons expliqué les raisons au chapitre précédent : accroissement subit du nombre des accouchées, départ progressif des sages-femmes capables d'inscrire et d'interpréter la marche du travail, inexpérience des jeunes remplaçantes marocaines qui ne savent pas encore rédiger correctement une observation.

(1) Dans les observations I à X, opérateur : Dr J. Marmey.
Dans les observations XI à XVII, opérateur : Dr Ostovar.

OBSERVATION I. — 20 septembre 1940. Mme H...

— Européenne, 2^e pare, premier accouchement normal.

— A l'entrée : grossesse à terme. Sommet en O.I.G.T., B.C. perçus.

— Forceps au 1/3 supérieur de l'excavation pour arrêt de la progression.

— Extraction d'un garçon de 4.100 gr.

— Découverte d'une brèche vésico-vaginale médiane de 2 cm. de longueur, reconnue 12 heures après l'accouchement par la perte des urines.

— Suture immédiate en un seul plan total, aux crins. Décubitus ventral et sonde à demeure. Au 16^e jour, ablation des crins et de la sonde.

— Sort le 17^e jour, guérie.

OBSERVATION II. — 10 janvier 1949. Mme C...

— Européenne, 1^{re} pare âgée (38 ans).

— A l'entrée : grossesse à terme. Poche des eaux non rompue. B.C. perçus.

— Forceps à la partie moyenne de l'excavation pour arrêt de la progression. Extraction d'un garçon de 3.960 gr.

— Brèche vésico-vaginale de 3 cm. de long, à droite de la ligne médiane, reconnue 24 heures après l'accouchement par perte des urines.

— Suture immédiate aux crins en un seul plan total. Décubitus ventral et sonde à demeure pendant 15 jours.

— Phlébite au 8^e jour, traitée par héparine et antibiotiques.

— Sort au 16^e jour, guérie.

OBSERVATION III. — 6 novembre 1949. Mme L...

— Européenne, 1^{re} pare, bassin généralement rétréci.

— A l'entrée : grossesse à terme. Sommet en O.I.G.T., B.C. perçus.

— Forceps à la partie moyenne de l'excavation. Extraction d'un garçon de 3.470 gr.

— Brèche vésico-vaginale de 4 cm. de long, reconnue 24 heures après l'accouchement par perte des urines.

— Suture immédiate aux crins en un seul plan total. Sonde à demeure et décubitus ventral. Echec par désunion de la suture au 6^e jour, reprise au 9^e jour. Ablation des crins et de la sonde au 23^e jour.

— Sort le 24^e jour, guérie.

OBSERVATION IV. — 4 septembre 1951. F. Bent D...

— Marocaine, 4^e pare. Forceps pour le 3^e accouchement. Bassin rétréci.

— A l'entrée : grossesse à terme. Présentation du siège. B.C. perçus.

— Grande extraction du siège pour arrêt de la progression. Dystocie par relèvement des bras. Dystocie de la tête dernière. Indication de symphysiotomie et extraction d'un garçon de 3.400 gr en état de mort apparente, ranimé rapidement.

— Découverte d'une brèche vésico-vaginale de 3,5 cm de long. Une sonde vésicale ramène du sang : elle passe par une brèche située au milieu de la paroi supérieure du vagin. On a eu, par la suite, la notion d'une déchirure vésicale lors d'un précédent forceps, déchirure suturée et guérie.

— Suture immédiate en un seul plan aux fils de lin. Vérification de l'étanchéité par du bleu de méthylène intra-vésical. Décubitus ventral et sonde à demeure. Ablation des fils et de la sonde au 18^e jour.

— Persistance de la fistule à la partie antérieure de la suture, reprise en février, puis en juillet 1952. Revue le 4 novembre 1952, persistance d'une fistule. La malade a été perdue de vue.

— Echec.

OBSERVATION V. — 4 septembre 1951. Mme R...

— Européenne. 2^e pare. Premier accouchement normal d'un prématuré pesant 2.600 gr.

— A l'entrée : grossesse à terme. Sommet en O.I.D.P., B.C. perçus.

— Forceps au milieu de l'excavation pour défaut de rotation. Extraction d'un garçon de 4.320 gr.

— Brèche vésico-vaginale de 5 à 6 cm de long, allant du cul-de-sac vaginal droit à la partie inférieure du vagin,

reconnue 12 heures après l'accouchement par perte des urines.

— Suture immédiate en un seul plan aux fils de lin. Décubitus ventral. Sonde à demeure pendant 20 jours. Ablation des fils au 15^e jour. Certains fils qui ne peuvent être enlevés s'élimineront ultérieurement.

Sort le 22^e jour, guérie.

OBSERVATION VI. — 28 octobre 1952. Mme L. bent L...

— Marocaine. 2^e pare. Premier accouchement normal.

— A l'entrée : grossesse à terme. Sommet en O.I.D.P., B.C. perçus.

— Forceps au 1/3 supérieur de l'excavation sur sommet mal fléchi. Extraction d'une fille pesant 4.400 gr.

— Découverte d'une brèche vésico-vaginale, 4 heures après l'accouchement.

— Suture 8 heures plus tard en un seul plan, par points séparés aux fils de lin. Décubitus ventral. Sonde à demeure. Ablation des fils et de la sonde au 16^e jour.

— Sort le 17^e jour, guérie.

OBSERVATION VII. — 27 mars 1953. H. bent C...

— Marocaine. 3^e pare. Deux accouchements normaux. Bassin asymétrique.

— A l'entrée : grossesse à terme. B.C. perçus.

— Forceps pour défaut de progression sur tête fixée au détroit supérieur. Enorme bosse séro-sanguine empêchant de faire le diagnostic d'orientation. On pense à une O.I.G.A. Echec du forceps. Indication de symphysiotomie. Déchirure accidentelle de la vessie par dérapage du doigt vaginal. Symphysiotomie rapide, extraction en occipito-sacrée, par forceps, d'un garçon en état de mort apparente, ranimé rapidement, pesant 3.470 gr.

— Constatation d'une petite brèche vésicale très antérieure (vésico-vestibulaire).

— Suture immédiate aux fils de lin sur la vessie. Décubitus ventral et sonde à demeure. Ablation des fils et de la sonde au 13^e jour.

— Sort le 14^e jour, guérie.

OBSERVATION VIII. — 20 mai 1954. Mme B...

— Israélite marocaine, 1^{re} pare jeune.

— A l'entrée : grossesse à terme. B.C. perçus. Sommet en O.I.D.P.

— Forceps au 1/3 inférieur de l'excavation pour souffrance fœtale. Grande rotation. Extraction d'une fille vivante, pesant 3.540 gr, présentant 5 circulaires du cordon. Difficulté pour le dégagement des épaules.

— Brèche vésico-vaginale de 1,5 cm de long, diagnostiquée 12 heures après l'accouchement par la perte des urines.

— Suture immédiate en un seul plan aux fils de lin. Décubitus ventral. Sonde à demeure. Ablation des fils et de la sonde au 18^e jour. Certains fils ne sont enlevés qu'au 21^e jour.

— Sort le 22^e jour, guérie. Cette malade a subi une césarienne prophylactique pour un 2^e accouchement, en 1960.

OBSERVATION IX. — 11 octobre 1954. K. bent M...

— Marocaine, 3^e pare, symphysiotomie pour le premier accouchement et césarienne pour le deuxième. Bassin généralement rétréci confirmé par radiopelvimétrie.

— A l'entrée : grossesse à terme. B.C. perçus.

— Accouchement normal d'un garçon de 3.100 gr.

— Découverte le lendemain, par perte des urines, de lésions graves et imprévues : brèche vésico-vagino-utérine, de 7 cm de long, intéressant la paroi vésico-vaginale, le cul-de-sac vaginal antérieur, le col utérin et remontant sur le segment inférieur, tout en restant sous-péritonéale.

— Suture immédiate en un seul plan aux fils de lin de la brèche vésico-vaginale. Décubitus ventral. Sonde à demeure. Ablation des fils visibles et de la sonde au 18^e jour. Les fils restants se sont éliminés spontanément dans les jours qui ont suivi.

— Sort le 21^e jour, guérie.

OBSERVATION X. — 11 octobre 1955. A. bent A...

— Marocaine, 1^{re} pare. Bassin limite chez une boiteuse.

— A l'entrée : grossesse à terme. B.C. perçus. Sommet amorcé.

— Forceps au détroit supérieur (indication non précisée), descente impossible, nécessitant une rotation préalable amenant le sommet en O.P., deuxième prise directe : extraction relativement aisée d'un garçon vivant pesant 2.500 gr.

— Découverte immédiate de gros délabrements vaginaux. L'introduction d'une sonde révèle une déchirure vésico-vaginale.

— Suture immédiate aux fils de lin en un plan. Sonde à demeure. Décubitus ventral. Ablation des fils et de la sonde au 17^e jour.

— Sort le 18^e jour, guérie.

OBSERVATION XI. — 9 mars 1960. R. bent H...

— Marocaine. 1^{re} pare âgée. Bassin paraissant normal.

— A l'entrée : grossesse à terme. Présentation céphalique en O.I.D.P. B.C. perçus faiblement. Utérus hypertonique.

— Forceps pour souffrance fœtale, nécessitant une grande rotation. La position ne se maintient pas et la tête revient en O.I.D.P. Deuxième prise en O.I.D.P., nouvelle grande rotation et troisième prise directe. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.200 gr.

— Découverte, à la révision utérine, d'une déchirure de la paroi antérieure du vagin. Une sonde vésicale ressort par le vagin.

— Suture immédiate en deux plans. Sonde à demeure. Décubitus ventral.

— Bon résultat immédiat. Au 8^e jour, la malade est transportée à l'hôpital pour rupture de pyosalpinx et on la perd de vue.

OBSERVATION XII. — 17 mars 1961. H. bent A...

— Marocaine. 3^e pare. 1^{er} accouchement par césarienne et 2^e accouchement normal. Bassin asymétrique chez une boiteuse.

— A l'entrée : grossesse à terme. Sommet fléchi. B.C. perçus.

— Forceps au 1/3 supérieur de l'excavation pour arrêt de la progression. Echec. Deuxième tentative de forceps. Extraction d'un garçon pesant 2.960 gr.

— Découverte d'une très petite brèche vésico-vaginale authentifiée par le bleu de méthylène.

— Suture immédiate. Sonde à demeure. Décubitus ventral. Ablation des fils et de la sonde au 20^e jour.

— Sort le 25^e jour, guérie.

OBSERVATION XIII. — 5 décembre 1961. R. bent A...

— Marocaine. 1^{re} pare âgée. Bassin transversalement rétréci.

— A l'entrée : grossesse à terme. Rupture prématurée des membranes 48 heures avant l'entrée. Présentation en O.I.D.P., B.C. perçus.

— Forceps à la partie moyenne de l'excavation pour arrêt de la progression. Extraction d'une fille pesant 2.700 gr.

— Découverte tardive au 19^e jour, d'une petite plaie vésico-vaginale qui se traduit par une légère incontinence d'urine.

— Suture immédiate. Sonde à demeure. Décubitus ventral. Ablation de la sonde et des fils au 14^e jour de l'intervention.

— La malade sort, guérie.

OBSERVATION XIV. — 22 janvier 1962. M. bent A...

— Marocaine. 1^{re} pare. Bassin transversalement rétréci.

— A l'entrée : grossesse à terme. B.C. perçus. Sommet en O.I.D.P.

— Forceps à la partie moyenne de l'excavation pour arrêt de la progression et défaut de rotation. Grande rotation. Extraction d'un garçon pesant 3.740 gr, en état de mort apparente et ranimé rapidement.

— Découverte d'une brèche vésicale spiraloïde à la partie droite du vagin. L'état de la malade ne permet la suture qu'au 10^e jour.

— Suture aux fils de lin. Sonde à demeure et décubitus ventral. Ablation des fils et de la sonde au 27^e jour.

— Sort le 28^e jour, guérie. Guérison contrôlée lors d'une consultation le 25 janvier 1963.

OBSERVATION XV. — 2 janvier 1962. K. bent M...

— Marocaine. 8^e pare. Pas d'antécédents dystociques. Bassin paraissant normal.

— A l'entrée : grossesse à terme. Signes de prérupture utérine. Globe vésical au niveau de l'ombilic. Sondage impossible.

— Forceps à la partie moyenne de l'excavation pour défaut de rotation. Extraction d'un garçon pesant 4.200 gr.

Suspicion d'une brèche vésicale en raison d'une légère incontinence d'urine signalée le 20^e jour. Mise en évidence par instillation de bleu de méthylène.

— Suture immédiate. Sonde à demeure et décubitus ventral. Ablation de la sonde et des fils au 14^e jour de l'intervention.

— Sort le 15^e jour, guérie.

OBSERVATION XVI. — 18 février 1962. I. bent T...

— Marocaine. 1^{re} pare jeune (14 ans). Bassin généralement rétréci.

— A l'entrée : grossesse à terme. Rupture prématurée des membranes. Présentation céphalique. B.C. perçus difficilement.

— Forceps pour arrêt de la progression après une très longue épreuve du travail. Echec de forceps. B.C. non perçus. Craniotomie et extraction par forceps d'un garçon pesant 2.900 gr.

— Déchirure du périnée et du vagin remontant jusqu'au col.

— Minuscule brèche vésico-vaginale authentifiée par du bleu de méthylène. Essai de sonde à demeure, retirée le 14^e jour. Echec.

— Suture immédiate. Sonde à demeure et décubitus ventral. Ablation des fils et de la sonde au 15^e jour de l'intervention.

— La malade sort au 16^e jour, guérie.

OBSERVATION XVII. — 18 avril 1962. M. bent. A...

— Marocaine. 2^e pare. Césarienne antérieure pour bassin rétréci.

— A l'entrée : grossesse à terme. B.C. perçus. Bosse séro-sanguine importante. Sommet en O.I.G.T. Forceps pour arrêt de la progression au 1/3 supérieur de l'excavation. Extraction en occipito-pubienne d'un garçon pesant 3.150 gr.

— Découverte d'une importante déchirure du vagin intéressant la vessie.

— Suture immédiate de la brèche vésicale. Sonde à demeure. Décubitus ventral. Ablation de la sonde et des fils au 13^e jour.

— Sort au 14^e jour, guérie.

MECANISME DES LESIONS

Nous allons examiner le mécanisme de ces lésions suivant l'intervention pratiquée et la nature de la dystocie.

C'est ainsi que sur les 17 déchirures de la vessie de notre statistique, nous relevons :

13 forceps	76 %
1 déchirure élargie du col	6 %
1 embryotomie	6 %
2 causes diverses	12 %

Il faut préciser cependant qu'il est parfois difficile de faire la part de telle ou telle cause dans la genèse de la lésion. Ainsi, dans l'observation XVI, il y eut tentative de forceps. Cette seule tentative ne paraît pas être à l'origine de la déchirure. L'observation indique qu'il y a eu craniotomie ensuite et nouvelle application de forceps. Mais la blessure vésicale est-elle due à la pointe du perforateur ou au forceps consécutif ?

Application de forceps.

Comme nous l'avons montré, la cause la plus fréquente des lésions vésicales est l'application de forceps. En effet, sur 17 plaies de la vessie, nous avons relevé 13 applications de forceps, soit un taux de 76 %.

On incrimine quelquefois l'introduction trop brutale des cuillers ou bien le tour de spire nécessaire qui s'effectue avec difficulté lorsque le sommet est fixé en occipito-transverse. Dans l'observation I, une application de forceps

est nécessaire pour arrêt de la progression au 1/3 supérieur de l'excavation sur sommet en OIGT et permet l'extraction d'un gros enfant de 4.100 gr. Le diagnostic de fistule est porté le lendemain devant une incontinence des urines. On pourrait accuser l'introduction et l'articulation des cuillers, rendues difficiles par la présentation en OT, d'être responsables de l'accident. Mais, si ces manœuvres sont susceptibles de traumatiser gravement le vagin, elles épargnent en général la paroi vaginale supérieure et par conséquent la vessie.

Par contre, c'est au cours des grandes rotations effectuées pour transformer une OP en OA que les déchirures de la paroi vésicale se produisent, car les parois vaginales subissent une torsion trop violente. L'observation V est typique à cet égard : il s'agit d'une Européenne, Mme R... 2^e pare. On pose une indication de forceps pour un défaut de rotation au milieu de l'excavation. L'application de forceps a été relativement facile : prise symétrique de la tête, descente légère avec flexion, puis une grande rotation. Nouvelle prise permettant un dégagement facile en OP d'un enfant de 4.320 gr. Une petite hémorragie physiologique empêche de constater une brèche vésico-vaginale. C'est une incontinence des urines qui attira l'attention le lendemain.

Nous avons déjà analysé les causes prédisposantes qui relèvent d'une pathologie marocaine particulière, mais d'autres facteurs ne sont pas négligeables : poids des enfants (dans les observations I, II, XV), il ne s'agit pas de grande rotation pour les présentations occipito-postérieures, mais surtout de gros enfants : 4.100 gr., 3.960 gr., 4.200 gr.), lubrification insuffisante de l'instrument, oubli du sondage vésical et surtout inexacte appréciation de la disproportion fœto-pelvienne.

Les déchirures vésicales provoquées par les grandes rotations du forceps sont en général de longues fentes qui suivent un trajet sinueux sur la paroi vésico-vaginale. Il est classique de les appeler hélicoïdales, bien qu'elles revê-

tent le plus souvent une forme de S ou de baïonnette. Toutefois, en raison même du mécanisme de production, la lésion vésicale est plus courte que la lésion vaginale. En effet, c'est à la limite du tiraillement de la paroi vaginale que l'ouverture de la vessie se produit.

Chute d'escarre.

Les chutes d'escarre sont à l'origine de trois fistules vésico-vaginales qui ne se sont révélées que tardivement du 10^e au 19^e jour, mais dont la suture a été pratiquée immédiatement, dès que le diagnostic a été posé. Il s'agissait de zones d'attrition de la paroi vésico-vaginale à la suite d'application de forceps, mais qu'en raison de l'absence de communication entre les deux organes, on pouvait espérer voir cicatriser et guérir par le simple drainage vésical continu.

Il est certain que de telles lésions sont favorisées par l'état de moindre résistance des tissus, lorsque la tête fœtale a exercé pendant trop longtemps une pression sur les parois vaginales. D'ailleurs, un accouchement normal, mais trop long, peut provoquer une plaie de la vessie. Certaines femmes arrivent du bled après plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours d'efforts expulsifs, la tête étant arrêtée au détroit inférieur. C'est ce que J. Marmey a appelé au Maroc « le sommet négligé ». L'examen des malades est loin de montrer toujours une viciation osseuse importante du détroit inférieur. Il s'agit d'une dystocie osseuse très discrète ou de la banale dystocie des parties molles, ou encore, et sans doute souvent, de la simple inertie utérine, cause retrouvée fréquemment au Maroc comme nous l'avons dit plus haut.

La compression prolongée de la tête ou de toute autre partie du fœtus entraîne des lésions ischémiques de la paroi vaginale supérieure (Cabanié) qui peuvent passer inaperçues dans les suites immédiates de l'accouchement. Elles se traduiront par un sphacèle de cette paroi et secon-

dairement par une chute d'escarre créant la fistule vésico-vaginale.

Dans les observations XIII, XV, une application de forceps a été nécessaire. Il s'agissait, dans la première, d'un arrêt de la progression et dans la deuxième, d'un défaut de rotation. Dans les deux cas, le travail a été long (la première femme est entrée dans le service avec une poche des eaux rompue, la deuxième avec des signes de prérapture utérine). La lente descente de la tête et son arrêt à la partie moyenne de l'excavation a pu entraîner une ischémie de la paroi vaginale antérieure, ischémie qui s'est manifestée, par la suite, par une escarre et une fistule. On ne peut négliger cependant le rôle possible du forceps dans la genèse de la lésion d'autant plus que, dans l'observation XV, la paroi vaginale a été légèrement atteinte.

Ces chutes d'escarre étaient plus fréquentes autrefois et les dégâts étaient d'autant plus importants que la longueur du trajet d'évacuation de ces malades prolongeait la durée de la compression. Les chutes d'escarre pouvaient alors intéresser toute la paroi vésico-vaginale et la paroi recto-vaginale. Nous avons parlé au début de cette étude, de ces effroyables cloaques qui ne pouvaient être réparés qu'au prix d'opérations successives dans des services d'urologie très spécialisés.

Les lésions vésicales consécutives à une chute d'escarre revêtent trois formes :

1) *Une forme moyenne* : C'est celle observée soit quelques jours après l'intervention (obs. III, VIII) soit plusieurs mois et quelquefois plusieurs années après un accouchement chez des femmes de la campagne qui acceptent avec fatalisme cette terrible infirmité, mais qui se décident un jour à venir consulter pour des troubles divers. Un examen au spéculum montre une paroi vaginale rigide dont la muqueuse est le siège d'incrustations calcaires. L'orifice de la fistule est nettement visible et la cavité vésicale

diminuée. L'utérus présente bien souvent une métrite cervicale. Enfin, l'irritation continuelle causée par l'urine crée des lésions de dermatite sur le pourtour de la vulve et sur la face interne des cuisses, rendant la vie intolérable.

2) *Une forme torpide*, la plus fréquente (obs. VII, XIII). C'est un orifice minuscule siégeant dans un repli de la muqueuse vaginale et que le bleu de méthylène met facilement en évidence.

3) *Une forme géante*, que nous avons éliminée de cette étude pour les raisons exposées plus haut. Il s'agit de ces chutes d'escarres très étendues, emportant la presque totalité de la paroi vésico-vaginale et de la paroi recto-vaginale. Vessie, vagin et rectum sont alors confondus en un énorme cloaque.

Déchirure élargie du col utérin.

Dans nos observations, une déchirure élargie du col utérin est à l'origine d'une plaie vésicale.

Il s'agit d'une rupture utérine méconnue pendant les premières heures, et observée à la suite d'un accouchement apparemment normal. En réalité, cette femme avait subi une symphysiotomie pour son premier accouchement et une césarienne pour le deuxième. En l'absence de renseignements précis sur l'indication de la césarienne, on peut supposer qu'elle avait été décidée soit pour une dystocie du col, soit pour une dystocie fœtale et que, lors du troisième accouchement, le bassin agrandi par la symphysiotomie n'a pas opposé de résistance à la tête fœtale descendant peut-être trop rapidement. Quoi qu'il en soit, la rupture ne fut constatée que le lendemain de l'accouchement en raison de la perte des urines. Il s'agissait d'une déchirure de 7 centimètres de long, intéressant la paroi vésico-vaginale, le cul-de-sac vaginal et le col utérin. Toutefois, la lésion interne restait sous-péritonéale et accessible par voie basse.

Une lésion vésicale peut être provoquée par une déchirure du col qui se prolonge sur la paroi vésico-vaginale. C'est ce que réaliserait opératoirement une incision du col ou le premier temps d'une césarienne vaginale pratiquée sans la précaution de décollement et de refoulement de la vessie.

Embryotomies.

Les embryotomies ont été à l'origine d'une déchirure de la vessie. La lésion vésicale est en général une blessure directe, soit par le perforateur de Blot, soit par le crochet de Braun qui peut entraîner et pincer la paroi entre son extrémité mousse et le corps du fœtus. Comme dans les circonstances étiologiques précédentes, l'imbibition œdémateuse des tissus joue un rôle défavorable.

Dans l'observation XVI, il s'agit d'une craniotomie après tentative de forceps et une deuxième prise de forceps a été nécessaire après la craniotomie. La blessure de la vessie peut évidemment relever de plusieurs causes et même avoir été provoquée par une esquille osseuse au cours du deuxième forceps. L'observation ne le mentionne malheureusement pas.

Il est difficile, d'autre part, de décrire l'état de macération et de putréfaction que présentent souvent, au Maroc, les fœtus justiciables d'embryotomie. Ils sont restés plusieurs heures, voire plusieurs jours, dans le vagin avant que la Maternité n'accueille ces malheureuses femmes. Tissus vulvaires boursoufflés, ramollissement considérable du corps du fœtus, tous ces facteurs ne permettent pas de trouver exactement les points de repère nécessaires à l'exécution correcte d'une embryotomie.

Une embryotomie maladroite peut provoquer une blessure de la vessie lorsque la pointe du perforateur dérape et la perce. Mais, comme il s'agit de traumatismes directs, les tissus ne sont ni ecchymotiques ni contus.

Les lésions se réparent d'ailleurs plus facilement que les autres.

Causes diverses.

Deux déchirures de la vessie relèvent de causes tout à fait fortuites et n'entrent pas dans les cadres précédents.

Dans l'observation VII, il s'agit d'une déchirure au cours d'une symphysiotomie, provoquée non pas, comme on pourrait s'y attendre, par la pointe du bistouri ou l'écartement excessif des deux pubis, mais par un dérapage malencontreux de l'index de la main gauche qui voulait au contraire protéger l'urètre et la vessie en les refoulant vers la ligne médiane.

Dans l'observation IV, il s'agit d'une étiologie bien spéciale au Maroc : cette observation concerne une 4^e pare, incapable d'indiquer correctement ses antécédents obstétricaux. Une extraction du siège et une symphysiotomie pour difficulté de la tête dernière furent pratiquées alors que cette femme avait eu auparavant, à la suite d'une application de forceps, une déchirure de la vessie suturée et parfaitement guérie. Il est évident que la connaissance de cet antécédent obstétrical aurait imposé une césarienne prophylactique pour ne pas soumettre la paroi vaginale cicatricielle aux tiraillements provoqués par la descente de la tête fœtale. Les suites de couches confirmèrent bien la réalité de ce danger car une nouvelle cure de la fistule se solda par un échec.

Dans tous les cas, la cystoscopie se révèle impossible car la déchirure de la vessie ne permet pas son remplissage et l'artifice du doigt de baudruche ne donne qu'une vision imparfaite des lésions.

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS VESICALES

Le diagnostic des plaies de la vessie ne présente guère de difficultés, mais il est porté plus ou moins tardivement. Nous distinguerons en effet les diagnostics immédiats, dans les heures qui suivent l'intervention obstétricale, les diagnostics précoces posés quelques jours après l'accouchement en raison d'une incontinence des urines sur laquelle les accouchées elles-mêmes, ou les infirmières, attirent l'attention, les diagnostics tardifs enfin : il s'agit alors d'une légère incontinence qui décide les malades à revenir en consultation.

1. — Diagnostic immédiat.

Il s'agit en général d'accouchements pénibles ayant nécessité des manœuvres obstétricales dont l'exécution a été très difficile. Après les grandes rotations de forceps et après les embryotomies, la règle est d'examiner soigneusement la paroi vaginale antérieure, car devant des délabrements vaginaux importants, on s'attend à des lésions vésicales.

Une déchirure importante se reconnaît par le simple toucher et, dans le doute, l'introduction d'une sonde molle dans la vessie, facilite cet examen. Souvent d'ailleurs, l'extrémité de la sonde pénètre d'elle même dans le vagin (obs. X).

Quelquefois, le diagnostic est moins évident, mais, si la paroi vaginale antérieure donne l'impression d'avoir été fortement traumatisée, il est prudent de faire une vérification en s'aidant de valves vaginales et en abaissant

le col pour exposer très nettement cette paroi. Une lésion nette ne peut échapper à la vue.

Certaines déchirures ne sont reconnues que quelques heures après les interventions parce que ces dernières, ayant été relativement faciles, n'ont pas provoqué d'exploration systématique après leur exécution. C'est le cas des observations I, II, III, IV : les épreuves de forceps ont été faciles, sans traumatisme des parties molles et la possibilité d'une lésion vésicale n'a pas été envisagée.

L'attention est attirée par une incontinence d'urine totale et permanente qui conduit tout naturellement à un examen soigneux de la paroi vésico-vaginale.

2. — Diagnostic précoce.

L'accroissement considérable du chiffre des accouchements n'a pas été suivi par une augmentation proportionnelle du nombre de lits et beaucoup de femmes sont obligées de quitter la Maternité trois ou quatre jours seulement après leur accouchement. Elles reviennent quelque temps après parce qu'elles sont « constamment mouillées » bien qu'urinant normalement. On peut dire que le diagnostic est fait sur l'odeur d'urine qui imprègne ces malades. Ni le toucher, ni l'examen au spéculum ne permettent de repérer une lésion : il faut injecter une solution de bleu de méthylène dans la vessie sous forte pression, tout en inspectant la paroi vésico-vaginale, pour découvrir la petite tache bleue révélatrice d'une fistule, soit l'issue par le col utérin de l'urine colorée qui signe l'existence d'une fistule vésico-utérine.

Dans le cas des observations XIII et XV, l'interrogatoire a révélé qu'il y avait eu un long arrêt de la tête fœtale dans l'excavation. Une petite escarre s'est vraisemblablement détachée plusieurs jours après l'accouchement.

Si le diagnostic de lésion de la vessie ne peut pas, à prime abord, prêter à confusion, il ne faut pas, cependant,

négliger ces légères incontinences que signalent parfois les malades au cours des consultations postnatales surchargées. Un examen minutieux de la paroi vésico-vaginale doit être fait pour ne pas porter à tort un diagnostic d'incontinence fonctionnelle passagère alors qu'il existe véritablement une très petite fistule.

Notons également qu'une fistule vésico-utérine pourrait se confondre avec une fistule urétéro-vaginale, mais cette dernière, qui se voit après de très gros délabrements tels que rupture utérine, ne se colore pas par l'injection d'une solution de bleu de méthylène. Il faut, dans ce cas, que le colorant soit administré per os.

TRAITEMENT

Vus sous l'angle thérapeutique, les traumatismes de la vessie présentent deux aspects bien différents.

Dans le premier, il s'agit véritablement de fistule car le mot évoque l'idée de chronicité ; la fistule est une pénible infirmité, mais le choc moral initial est atténué. Les malades se soumettent à toutes les préparations qu'exige une intervention chirurgicale dans un service d'urologie.

Dans le second, l'accident vient de se produire et mérite plus particulièrement le nom de brèche, de déchirure ; il affecte brutalement l'accouchée et son entourage, détruisant l'euphorie habituelle de la naissance. Le premier réflexe est de réparer à tout prix cet accident ou du moins d'en limiter les dramatiques conséquences. C'est la plaie vésicale obstétricale par excellence ; elle doit être traitée sur place, le plus rapidement possible, sans soins préopératoires spéciaux.

Traitement classique.

Rappelons d'abord brièvement le point de vue des chirurgiens parce que ce sont eux qui ont édicté les principes de l'intervention, codifié les techniques et que, d'autre part, à la maternité même, plusieurs fistules anciennes, qui ne font pas partie de notre étude, ont été traitées tardivement.

A la lecture des nombreux ouvrages, articles, thèses, tant gynécologiques qu'urologiques, on est extrêmement

surpris de constater que leurs auteurs sont unanimes à reconnaître la nécessité d'un délai de deux ou trois mois avant toute tentative de fermeture :

« Il faut fermer une fistule vésico-vaginale quand il n'est plus possible d'espérer une fermeture spontanée... On peut considérer qu'après trente jours, la brèche a perdu son pouvoir de cicatrisation spontanée... D'autre part, il est classique de n'entreprendre la cure opératoire d'une fistule qu'après un délai minimum de deux mois. L'involution gravidique ne réclame pas chez toutes les femmes les mêmes délais. Il est prudent dans ces cas d'attendre 90 jours, à moins que le traitement associé ne permette d'opérer plus précocement. »

(Couvelaire : *Encyclopédie médico-chirurgicale*).

« Il faut attendre que les tissus aient récupéré leur vitalité à peu près normale et attendre le terme de l'involution puerpérale. Si l'on opère trop tôt, les tissus seront trop fragiles. En moyenne, il faut attendre deux ou trois mois. »

(Weber : *Techniques chirurgicales vaginales*, 1948).

« Aucune intervention ne sera tentée avant trois mois, délai nécessaire pour travailler sur des tissus de vitalité suffisante. Ce délai sera mis à profit pour préparer le vagin avec des antiseptiques non-caustiques et éventuellement par des œstrogènes. »

(Cotte-Mathieu : *Clinique thérapeutique gynécologique*, 1951).

« Ce n'est que 6 semaines au moins après la cicatrisation complète d'une fistule vésico-vaginale que l'on pourra tenter sa cure. »

(Marion : *Traité d'urologie*, tome I, page 723).

Ce n'est qu'une fois la malade soigneusement préparée qu'ils envisagent une intervention. Elle se fait par voie basse le plus souvent. Il existe classiquement trois procédés principaux d'oblitération de la fistule :

a) Le procédé de dédoublement des muqueuses. C'est le procédé préconisé par Couvelaire : « Toute fermeture de l'orifice pathologique doit être précédée d'un dédoublement des muqueuses. La cure d'une fistule vésico-vaginale dépend, avant toute autre considération, de la bonne exécution de ce temps... La guérison des fistules vésico-vaginales après une parfaite séparation large et bien conduite des organes, montre à quel point il faut, avec patience et douceur, exécuter un travail préparatoire qui, en réalité, n'est préparatoire que chronologiquement puisqu'il représente la clé de la guérison, le temps fondamental ». Une fois le dédoublement accompli, trois solutions s'offrent à l'opérateur :

— Fermeture de la vessie seule : suture en trois plans musculaires et un plan muqueux.

— Fermeture du vagin seul, par voie transvésicale, dangereuse pour les urètres ou par voie vaginale d'étanchéité douteuse.

— Fermeture simultanée de la vessie et du vagin. Cette formule comporte en apparence l'addition de deux sécurités. Mais cette apparence est trompeuse car il existe souvent un hématome intercalaire s'infectant facilement qui porte certainement la responsabilité de quelques échecs.

b) La suture par avivement ou méthode américaine (Marion-Sims), par voie transvésicale et dérivation des urines.

c) Procédé de la collerette (Fergusson) qui consiste à tailler autour de la fistule et à distance suffisante pour permettre un rabattement facile, deux lambeaux centrés sur la fistule. On la rabat et on suture en deux plans.

Soins préopératoires.

Toutes les techniques chirurgicales sont précédées de soins préopératoires. Le premier temps est la mise en place d'une sonde à demeure pendant plusieurs jours avant l'intervention. Des soins locaux sont en outre nécessaires pour remettre en état les tissus périneaux et vaginaux. Dans un deuxième temps, la vessie doit être désinfectée et l'infection combattue en utilisant un traitement antibiotique préopératoire approprié.

Dérivation des urines.

Quelle que soit la technique employée, la réparation exige une bonne dérivation temporaire des urines. Celle-ci peut être assurée :

- soit par cystostomie, logique en cas d'intervention par voie haute ;
- soit par sonde vésicale à demeure. C'est la plus communément employée et elle donne d'excellents résultats si on prend soin de mettre la malade en décubitus ventral.

Telle est la conduite généralement suivie dans les accidents vésico-vaginaux. Mais si une telle attitude a permis d'obtenir des résultats en général satisfaisants, elle présente sur bien des points des inconvénients majeurs.

Tout d'abord, la femme sera porteuse d'une infirmité pendant un minimum de deux mois et demi, véritable supplice détruisant l'euphorie de la naissance. La gêne provoquée par cet écoulement est considérable. En dehors de celle que cause aux malades cette inondation perpétuelle, il faut ajouter la brûlure résultant de l'irritation de la vulve et de la racine des cuisses par le passage de l'urine. Ces régions sont le siège de rougeurs et même

d'ulcérations parfois incrustées. On comprend quelle infirmité constitue pour les malades une telle lésion dont elles demandent qu'on les débarrasse à tout prix. Il faut penser aussi aux accidents plus rares mais non exceptionnels : pyélite, pyélonéphrite.

Nous avons étudié, d'autre part, les procédés chirurgicaux employés dans la cure de ces fistules vésico-vaginales. Ils sont toujours délicats et aucun ne s'est imposé comme étant le plus satisfaisant. On conçoit facilement les difficultés que rencontre le chirurgien à travailler sur des tissus durs cartonnés, infiltrés de concrétions calcaires. Les résultats, s'ils sont bons du point de vue fonctionnel, laissent cependant planer un doute quant à la souplesse et l'élasticité ultérieure du vagin.

Les soins préopératoires, enfin, nécessitent une hospitalisation de longue durée, ce qui satisfait peu la malade ayant à s'occuper en même temps d'un nouveau-né à qui l'on voit refuser l'admission à l'hôpital. Ainsi, la femme sera-t-elle toujours hantée par l'image de l'intervention chirurgicale.

Nous allons maintenant proposer une attitude totalement différente, essentiellement obstétricale et qui consiste à réparer immédiatement, dès qu'elle est diagnostiquée, la blessure vésicale. Nous exposerons les arguments qui la déterminent et les résultats qui la justifient.

Traitement curatif.

Quand on a fait le diagnostic de plaie de la vessie dans les premières heures après l'accouchement, plusieurs raisons militent en faveur d'une réfection immédiate.

La première est d'ordre psychologique : peut-être existe-t-il un sentiment de culpabilité qui pousse l'accoucheur à réparer, aussi vite que possible, les dégâts qu'il a causés, se sentant quelquefois responsable d'une mauvaise indication de forceps ou d'une embryotomie mal exécutée.

La deuxième est qu'il ne peut y avoir que des avantages à tenter une réparation immédiate. Il est étrange de constater que les arguments invoqués par des urologues éminents portent en eux-mêmes leur propre contre-indication. Pourquoi attendre deux mois que les tissus aient récupéré une vitalité normale alors qu'il ne l'ont certainement pas perdue dans les heures qui suivent l'accouchement. En réalité, c'est qu'il existe une confusion sur l'expression « suture immédiate » et nous sommes bien d'avis d'attendre au moins deux ou trois mois quand on a laissé passer les premiers jours.

Peut-être les accoucheurs ont-ils aussi trop tendance à espérer une fermeture spontanée toujours possible, mais ils laissent ainsi passer l'occasion d'une intervention immédiate.

Il est difficile d'admettre qu'un échec compromettrait une opération itérative car, même dans les cas défavorables, la réduction de la brèche est toujours assurée et l'altération des parois vésicales et vaginales, source de difficultés pour l'opérateur, sera notablement diminuée.

D'autres raisons sont spéciales à la Maternité de Rabat. Il s'agit, en effet, d'une formation autonome qui n'est pas incluse dans un bloc hospitalier. Elle est isolée dans le centre de la ville, à plus de trois kilomètres de toute formation chirurgicale. Il n'existe pas de relations étroites entre les services de chirurgie des différents hôpitaux et la maternité elle-même. Aussi est-il difficile d'obtenir l'aide d'un urologue ou même d'un chirurgien.

D'autre part, si l'on envisage un traitement d'urgence, il est impossible de faire évacuer les accouchées dans un service de chirurgie car ces derniers n'acceptent pas de prendre des femmes dans leurs suites de couches immédiates et répugnent à s'occuper des nouveau-nés. Enfin, si l'on autorise ces femmes porteuses de fistules à regagner leur domicile, tout en leur recommandant de revenir dans le service au bout de trois mois pour subir une intervention chirurgicale, on a la certitude de ne jamais

les revoir. Elles toléreront leur infirmité pendant quelques mois, voire même quelques années jusqu'au jour où, en raison de troubles divers, elles reviendront à la consultation, parfois pour une nouvelle grossesse.

On est donc amené à traiter ces lésions vite et sur place, avec le matériel dont on dispose, en dehors de toute assistance chirurgicale et de tout avis spécialisé. Ces différents facteurs expliquent que, pour les réparations immédiates, la technique employée est simple. Sur 17 réparations immédiates, il y a eu 16 succès. Un échec est survenu chez une femme qui présentait dans ses antécédents une fistule vésico-vaginale opérée et méconnue. Ainsi, nous devons admettre que la conduite tenue a été logique et il serait ridicule de prétendre que les suites ont été favorisées par une chance exceptionnelle, lorsqu'il s'agit d'une telle proportion de guérisons.

Dans un article de l'« American journal of obstetric and gynecology », Cohn et Weinberg écrivent : « Counsellor a démontré que la réparation immédiate d'une vessie déchirée lors de l'accouchement est toujours pratiquement un succès ». Les deux cas cités par les auteurs, pour lesquels un diagnostic immédiat a été fait, ont été immédiatement opérés avec des résultats excellents.

Technique.

Nous allons préciser la technique employée dans les observations que nous avons présentées en ce qui concerne les sutures immédiates. Ouvrons à ce sujet une parenthèse pour préciser ce qu'on entend par « suture immédiate » et « suture tardive ». On appelle :

- « immédiate », une suture faite dès la constatation du traumatisme, dans les premières heures, ou les premiers jours qui suivent l'accouchement ;
- « tardive », une suture faite au-delà d'un mois après l'accouchement. Ce sont des fistules opérées

en général dans des services d'urologie, après les soins préopératoires habituels.

La technique suivante a été employée dans 10 cas de réparation immédiate (obs. 1 à 10). Dans 8 cas, il s'agissait d'accidents de forceps, donc de traumatismes francs, ne comportant ni sphacèle ni nécrose des tissus. Dans un cas, il s'agissait d'une paroi vésico-vaginale cicatricielle et dans un autre cas, d'un traumatisme direct accidentel.

Les indications et le résultat de ces sutures ont déjà été rapportés à la séance de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon du 11 mars 1957.

Les impératifs classiques n'ont pas été entièrement respectés, c'est-à-dire qu'il n'a pas été fait de véritable dédoublement des deux parois.

La brèche vésicale a été toujours bien exposée et ses parois ont été solidement suturées par de multiples points au fil de lin ou au crin très fin. Dans l'exécution de cette suture, la tranche vaginale a, en général, été prise dans les mêmes points, mais pas d'une façon systématique. Le but principal a été surtout d'assurer une étanchéité absolue de la vessie. Cette étanchéité était contrôlée à la fin de la suture par l'injection intra-vésicale, sous pression, d'une solution de bleu de méthylène, et tout suintement suspect était colmaté par un ou plusieurs points supplémentaires. Le drainage des urines a été assuré chaque fois par une très grosse sonde à demeure et la position ventrale sévèrement maintenue pendant quinze à dix-huit jours.

Il y a eu 9 succès sur 10 interventions et le seul échec a été la suture d'une déchirure sur une paroi cicatricielle. Il s'agissait (obs. IV) d'une ancienne opérée de fistule vésico-vaginale qui n'avait pas mentionné cette intervention dans ses antécédents.

Cette proportion de succès peut surprendre étant donné que le dédoublement soigneux des deux muqueuses est considéré par tous les auteurs comme un temps indis-

pensable et essentiel. En fait, ce dédoublement s'est fait spontanément dans les déchirures secondaires aux grandes rotations. On conçoit en effet très bien que la grande rotation ait décollé l'une de l'autre les deux muqueuses par un mouvement de torsion de la paroi vaginale antérieure, torsion rendue plus facile encore par l'état d'infiltration œdémateuse du vagin, en même temps que se créait la lésion vésico-vaginale. Dans les cas où il n'a pas été fait de grande rotation, sans doute a-t-on réalisé un dédoublement involontaire des deux muqueuses en saisissant et attirant en bas les lèvres de la brèche vésicale, ce qui serait possible étant donné l'imbibition gravidique qui persistait dans ces tissus dont le traumatisme remontait à quelques heures à peine. Cela concilie les 9 succès et l'orthodoxie urologique et explique la simplicité de la technique employée. Quand on connaît les difficultés rencontrées pour dédoubler des muqueuses cicatricielles, ce dédoublement spontané est un argument de plus en faveur d'une réfection immédiate.

Enfin, l'observation III est peut-être en elle-même un argument supplémentaire : une plaie de la vessie de 4 cm. de long, reconnue chez une Européenne 24 heures après l'accouchement par la perte des urines, est suturée immédiatement aux crins en un seul plan total. Au sixième jour, désunion de la suture qui est reprise selon le même procédé le neuvième jour avec succès et la malade sort guérie le vingt-quatrième jour.

Dans les 7 autres cas de réparation immédiate (obs. XI à XVII), le procédé employé a été celui du dédoublement des muqueuses et de leur suture séparée. Il y a eu 7 bons résultats.

Traitement prophylactique.

Conscient du mécanisme de cette lésion, de la gravité de cette complication imprévue et conscient du choc psychique subit qu'elle entraîne, l'accoucheur s'efforcera

d'éviter cet accident en prenant diverses mesures prophylactiques. Malheureusement, certaines conditions qui favorisent ces accidents sont indépendantes de lui. Il est certain que l'assistance obstétricale au Maroc, encore imparfaite dans certaines localités et dans les campagnes, est responsable de beaucoup de ces accidents. Nous avons vu, en effet, que les évacuations difficiles, le travail trop long à domicile, les tentatives d'extraction fœtale par des matrones dont l'ignorance médicale est à la hauteur de leur prestige, créent des situations obstétricales bien difficiles à résoudre sans prendre des risques tant maternels que fœtaux.

En dehors de ces situations, trop nombreuses encore, pour lesquelles aucune prophylaxie obstétricale ne peut être envisagée, beaucoup d'accidents peuvent être évités si l'on connaît les particularités de la pathologie marocaine. Nous avons énoncé plus haut les conséquences d'une alimentation trop peu riche et incomplète : inertie utérine, friabilité des tissus, œdèmes permanents, ischémie latente des parties molles. Beaucoup de ces femmes ont eu par ailleurs dans leurs antécédents obstétricaux des interventions dont elles ont perdu le souvenir. Tous ces facteurs exigeront de la part de l'accoucheur beaucoup de prudence et de précautions quand il s'agira d'une tentative de forceps, d'une version, d'une embryotomie ou d'une césarienne.

Il observera avec beaucoup plus d'attention qu'en milieu européen normal ces précautions élémentaires qui relèvent de l'appréciation exacte de la position, de la présentation, du volume fœtal et de l'état des tissus maternels :

— sonder la vessie, faire une épisiotomie large quand on veut ménager la paroi vésico-vaginale ;

— lubrifier les forceps, utiliser les protecteurs de Trillat dans les applications de forceps difficiles ;

— quand il s'agit de primipares à tissus résistants et

de gros enfants, ne pas faire de grandes rotations, mais abaisser la présentation et la dégager en OS ;

— manipuler très prudemment le crochet de Braun en évitant tout tiraillement de la paroi vaginale supérieure. S'il s'agit d'une craniotomie, choisir exactement le point de pénétration de ce dernier ;

— placer une sonde à demeure quand les urines sont sanglantes après une intervention.

CONCLUSIONS

Nous avons cherché dans ce travail à défendre et justifier par ses résultats excellents, la suture immédiate des déchirures de la vessie qui surviennent au cours d'interventions obstétricales par voie basse. Nous estimons que cette complication redoutable qui relevait autrefois de la seule compétence de l'urologue peut et doit être traitée par l'accoucheur lui-même dans son service de maternité.

A l'appui de cette thèse, nous apportons une statistique de 17 cas avec 16 succès. Ces cas ont été observés à la Maternité « Maréchale Lyautey », à Rabat, de 1940 à 1962, sur 78.367 accouchements. Cette importante statistique confirme l'opinion des nombreux accoucheurs qui ont déjà préconisé cette attitude, en particulier aux États-Unis, mais qui font état d'un nombre d'observations infiniment plus modeste.

Nous nous sommes attachés à étudier l'incidence « Maroc » sur l'étiologie de ces traumatismes. La difficulté de l'assistance obstétricale dans les campagnes, la longueur des délais d'évacuation dans les cas dystociques, les états de carence, les coutumes, les préjugés, sont responsables de beaucoup de ces accidents.

Nous avons précisé le mécanisme des lésions qui, dans notre statistique, sont consécutives à : 13 applications de forceps, à une déchirure élargie du col, à une embryotomie et à 2 causes diverses. Chez les Européennes, ce sont les accidents classiques des forceps difficiles s'accompagnant de grandes rotations, mais, chez les Marocaines, les conditions spéciales de leur dystocie marquent l'étiologie d'une empreinte très particulière : ischémie et fragilité des tissus,

anciennes fistules guéries et méconnues, embryotomies sur fœtus macérés, symphysiotomies et quelquefois forceps imposés par les circonstances malgré leur contre-indication.

Nous avons brièvement décrit ces lésions, très différentes suivant l'agent traumatisant, tout en faisant abstraction de ces énormes délabrements par chutes d'escarre qui sont classiques en Afrique, mais qui n'ont été ni retenus, ni traités à la Maternité.

Nous avons essayé de réfuter les arguments des partisans de l'abstention thérapeutique avant trois mois et nous nous sommes appliqués à exposer pour quelles raisons psychologiques et médicales nous avons toujours procédé à la maternité même, à une suture immédiate ou très précoce de ces déchirures vésicales. Les résultats plaident en faveur de ce traitement d'urgence puisque, sur 17 brèches ainsi suturées, 16 ont guéri dès la première intervention et que le seul échec peut être imputé à un concours de circonstances imprévisible.

Vu :

Le Doyen,

J.-F. CIER

Vu :

Le Président de la Thèse,

H. PIGEAUD.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 25 Novembre 1963.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie concernant l'étude de la dystocie au Maroc.

ALBINET (U.). — Contribution à l'étude de la dystocie au Maroc. *Thèse Médicale, Toulouse*, 1953.

CHAPERON (G.). — Les ostéopathies à tendance ostéomalacique en milieu marocain. *Thèse Médicale, Bordeaux*, 1952-1953, n° 118.

COHEN (J.R.). — Contribution à l'étude de la lutte contre la dystocie au Maroc. Activité de la Maternité « Maréchale Lyautey » de Rabat, de 1941 à 1950. Statistiques raciales comparatives sur 17.000 accouchements. *Thèse Médicale, Alger*, 1951, n° 20.

LAFFONT (A.). — Rapport au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique, Alger, 1952.

LAFFONT (A.), FARRAGI. — Répartition de l'ostéomalacie en Algérie. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, avril 1946.

MARMEY (J.). — Note sur la fréquence de l'ostéomalacie au Maroc. XV^e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française. Alger-Tunis, 5-10 mai 1952. *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1952, Tome 4, n° 3 bis, p. 499.

— Introduction à l'Obstétrique Marocaine. *Maroc Médical*, 1955, p. 1473-1476.

MARMEY (J.), LACROIX (A.). — Etude succincte de la dystocie chez la femme marocaine et les trois aspects de l'Obstétrique au Maroc. XV^e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique. Alger-Tunis, 5-10 mai 1952. *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française*, 1952. Tome 4, n° 3 bis, p. 493.

PIGEAUD (H.), DUMONT (M.). — Alimentation et diététique chez la femme enceinte au cours de la grossesse normale. Rapport au XIV^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française. Paris 28-30 septembre 1950. *Bulletin de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française*, 1950. Tome 2, n° 2 bis, p. 3. — XIV^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française. Paris, 28-30 septembre 1950. Discussion des rapports : *Bulletin de l'Association*, 1950. Tome 2, n° 4 bis, p. 155.

Bibliographie concernant l'étude des fistules vésico-vaginales en général.

- CABANIE (G.). — Fistules ischémiques du col vésical. *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, 1953. Tome 59, 437-446.
- COHNS-WEINBERG (A.). — The urinary bladder during parturition. A consideration of its location, injury and repair. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, août 1950, p. 363-370, vol. 60.
- COTTE-MATHIEU (J.). — Clinique Thérapeutique Gynécologique, 1951.
- COUVELAIRE (R.). — Reflexions à propos d'une statistique personnelle de 136 fistules vésico-vaginales. *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, 1953, 59, n° 3-4, p. 150-161.
- *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Urologie. Tome II*, p. 7, 18238 E 10.
- LAPIDUS (A.). — Sur le traitement des brèches vésico-vaginales d'origine dystocique. *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, 1953, 59, n° 9-10.
- MARION (G.). — Traité d'urologie, 1940. Tome 1, p. 719-723. Masson, éditeur.
- MÉNÉGAUX (J.C.). — Traumatismes de la vessie et de l'urètre. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Urgences*, 24, 190, A 10.
- WEBER. — Techniques chirurgicales vaginales (possibilités et limites). Baillière, édit., 1948.

Bibliographie concernant l'étude des fistules vésico-vaginales et de leur suture immédiate.

- BATTEUR (H.). — Intervention immédiate pour plaies vésico-vaginales d'origine obstétricale. *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, 1955. Tome 61, n° 1-2, p. 39.
- BOISSIÈRE (M.). — Suture immédiate des fistules vésico-vaginales obstétricales. *Thèse Médicale, Bordeaux*, 1957, n° 67.
- CHRISTOPHE (M.). — Traitement par voie basse des fistules vésico-vaginales. *Thèse Médicale, Toulouse*, 1958, n° 36.
- DELARUE (J.), COURTIN (P.). — La réparation immédiate des fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale. *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique*. Tome 5, n° 3, 1953, p. 362-365.
- ESTIENNY (E.). — Traitement dans le post-partum immédiat des fistules vésico-vaginales. *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1951, n° 2. Tome 3, p. 325.
- EZES (H.). — A propos des fistules vésico-utérines à sens unique. *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1960, Tome 12, n° 3, p. 265.
- FAUGÈRE (G.), BALLANGER (F.). — Fistule vésico-vaginale après forceps. *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1956, Tome 8, n° 4, p. 490.
- GUILLET (E.), AUVIGNE (J.). — Fistules utéro-vésicales. *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1958, Tome 10, n° 3, p. 343.
- HÉRUE (R.). — Traumatismes vésicaux au cours de l'accouchement. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale ; Obstétrique*, Tome 2, 5078, C 10, p. 1.

MARMEY (J.), MEYNIE, MONIOD (Ph.). — Huit observations de déchirures vésico-vaginales d'origine obstétricale et guéries par la suture immédiate. *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril-mai 1957, Tome 9, n° 2, p. 176-178.

TORRÈS (L.). — Le traitement des fistules vésico-vaginales. *Journal d'Urologie*, 1951. Tome 57, p. 820.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
ROLE DU FACTEUR « MAROC » DANS L'ÉTIOLOGIE DES TRAUMATISMES VÉSICAUX	17
OBSERVATIONS	23
MÉCANISME DES LÉSIONS	33
DIAGNOSTIC DES LÉSIONS VÉSICALES	41
1. — Diagnostic immédiat	41
2. — Diagnostic précoce	42
TRAITEMENT	45
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59



